

DU
MYXO-SARCOME DES FOSSES NASALES
COMPLICATIONS OCULAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS DUPONT

Né le 2 Mai 1869, à Briennon (Loire).

Ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545906_0063

DU
MYXO-SARCOME DES FOSSES NASALES
COMPLICATIONS OCULAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS DUPONT

Né le 2 Mai 1869, à Briennon (Loire)

Ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGREGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYON.
DEVIC.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (M.), Assesseur; MM. ROLLET et VALLAS Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Depuis la communication de Schiffers, au Congrès international d'otologie et de rhinologie, tenu à Paris en 1886, l'étude du polype muqueux des fosses nasales s'est enrichie d'un chapitre nouveau. Jusqu'à cette époque, le polype nasal était considéré comme une tumeur toujours bénigne et susceptible de ne subir à aucun moment une transformation maligne quelconque. On connaissait bien les tumeurs malignes des fosses nasales, mais on ignorait les relations étroites, qui dans la majorité des cas les relient aux myxomes. Schiffers nous en donne l'explication suivante : « Il ne faut jamais séparer l'anatomie pathologique et la clinique qui doivent marcher de pair et se prêter un mutuel appui. Si la transformation des myxomes du nez, en particulier, a été contesté par des histologistes distingués

c'est qu'ils n'avaient pas tenu un compte suffisant des données que la clinique leur avait fournies. Les cliniciens, de leur côté, n'ont pas toujours apporté tout le soin désirable à donner à leurs observations l'appui d'un examen histologique qui aurait été décisif. »

Depuis que l'attention a été attirée de ce côté, des observations nombreuses sont venues s'ajouter à celles de Schiffers, et aujourd'hui la transformation sarcomateuse, épithéliomateuse et mixte ou épithélio-sarcomateuse des polypes du nez, est admise sans conteste. Mais le champ ne paraît pas fermé à l'étude de cette dégénérescence : les connaissances déjà acquises, un examen plus attentif, les ressources toujours croissantes de l'anatomie pathologique permettent de découvrir des faits nouveaux.

A côté de la transformation du myxome en néoplasmes franchement malins, il y a place pour sa dégénérescence en une tumeur intermédiaire. En quelques mois d'intervalle, M. le professeur agrégé Et. Rollet, suppléant M. le professeur Poncet, dans sa clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, a eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre : il s'agissait de tumeurs, dont les phénomènes d'envahissement rappelaient assez exactement la marche des tumeurs malignes, mais dont les caractères physiques demeuraient la copie fidèle du myxome vulgaire. M. Rollet préjugant de par ces caractères, la nature embryonnaire de ces tumeurs, en a fait des myxo-sarcomes, ce qu'est venu confirmer l'examen histologique.

Nous avons recherché dans la littérature chirurgicale et spéciale concernant la rhinologie, si nous trouvions quelque chose de semblable ; nous n'avons rien trouvé de publié à ce sujet, si ce n'est une observation que nous reproduisons d'ailleurs.

On parle bien du myxo-sarcome chez les enfants (Le Dentu, *Pseudo-polypes des fosses nasales*, Leçons cliniques, 1890-1891) ; mais encore que les observations que nous en avons trouvées ne paraissent pas avoir subi le contrôle de l'examen microscopique, il s'agissait de néoplasmes primitifs très malins et développés chez des sujets jeunes, ils n'ont certainement rien de commun avec des tumeurs dégénérées, mixtes au point de vue clinique et apparaissant à l'âge des cancers. Le myxo-sarcome est certainement plus fréquent qu'il ne paraît ; s'il n'a pas été l'objet d'une étude spéciale dans le sens que nous l'entendons, c'est pour les raisons que Schiffers nous a données, c'est parce que trop souvent l'anatomie pathologique en a été négligée et que chaque fois qu'on a rencontré des polypes présentant des allures un peu anormales, on s'est contenté de les classer dans le cadre des tumeurs malignes. Aussi bien cette question nous a paru intéressante à traiter, et c'est sur les conseils de M. Rollet et guidé par lui, que nous l'avons adoptée comme sujet de notre thèse inaugurale.

Il est d'usage qu'au début de ce mémoire, chacun de

nous rende un hommage public de gratitude aux maîtres qui ont le plus contribué à l'initier aux principes si difficiles de la science et de la pratique médicales.

Nous remercions d'abord M. le professeur Poncet pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse; qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

M. le professeur agrégé E. Rollet ne nous a pas seulement inspiré notre sujet de thèse et aidé de ses conseils dans la rédaction de ce modeste travail; mais durant tout le cours de nos études médicales, il n'a cessé de nous montrer un intérêt et une bienveillance auxquels nous n'avions pas droit; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Pendant notre passage dans les hôpitaux, comme externe et interne provisoire, nos maîtres, MM. les professeurs Gayet et Renault, MM. Carrier, Gangolphe, A. Pollosson, Jaboulay nous ont toujours prodigué des marques d'intérêt et de sympathie; nous les prions d'accepter toute notre reconnaissance pour l'enseignement clinique dont nous avons profité dans leur service.

Nous remercions tout particulièrement M. le Dr Leclerc, médecin des hôpitaux, qui a été non seulement pour nous un maître bienveillant à l'hôpital, mais qui en dehors du service, nous a encore témoigné plus que de l'intérêt, mais une véritable amitié; nous sommes heureux de lui exprimer notre plus vive gratitude.

Que M. le D^r Lannois, dont nous avons suivi les consultations gratuites des maladies de l'oreille, et qui a mis gracieusement sa bibliothèque à notre disposition, soit assuré de notre dévouement.

Nous adressons nos remerciements sincères à nos amis, MM. Bérard et Garcin, internes des hôpitaux, pour les observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer. M. Bérard nous a été particulièrement utile en mettant à notre disposition sa haute compétence en anatomie pathologique : nous lui en sommes doublement reconnaissant.

D U

MYXO-SARCOME DES FOSSES NASALES

COMPLICATIONS OCULAIRES

CHAPITRE PREMIER

Symptômes et évolution.

Dans la première phase de son histoire, l'étude du myxo-sarcome des fosses nasales se confond avec celle du polype muqueux vulgaire, et ce dernier, bien connu au point de vue clinique, est partout très bien décrit.

Néanmoins, comme le myxo-sarcome conserve encore une grande partie de ses caractères, et dans l'intérêt de la comparaison et pour mieux apprécier les différences, nous croyons devoir rappeler, d'une manière succincte, les principaux traits du myxome des fosses nasales.

Le début est insidieux, marqué seulement par du coryza chronique, avec des poussées aiguës à répétition. Le malade est enchifrené ; il éprouve une sensation de tension et de plénitude dans les fosses nasales à laquelle vient s'adjoindre parfois l'idée d'un corps étranger mobile. Le polype en effet peut subir des déplacements avec le courant respiratoire ; quelquefois même il pro-

duit un bruit spécial, le bruit de drapeau de Dupuytren. Les accès d'éternuements seraient moins fréquents qu'on le dit souvent ; ils sont dus à une hyperesthésie dont le point de départ est non dans le polype lui-même, mais bien dans les points esthiogènes de la muqueuse.

Au début, les sécrétions sont médiocres, il y a plutôt de la sécheresse des fosses nasales ; plus tard, le polype agissant à la manière d'un corps étranger produit par son action irritante de l'hypersecrétion glandulaire, l'écoulement devient séreux, muqueux, épais, parfois même purulent. Dans ce dernier cas, les orifices des sinus sont probablement obstrués, il y a de la rétention qui amène de la sinuosité.

Les épistaxis sont plutôt rares, non spontanées, mais causées par le grattage, un traumatisme, un effort violent de mouchage.

On observe fréquemment de la diminution de l'odorat qui peut aller jusqu'à l'anosmie. Ce sont là des troubles d'ordre mécanique qui disparaissent après opération.

Il est curieux de voir souvent une partie de ces phénomènes, et en particulier ceux qui sont en rapport avec l'obstruction des fosses nasales, s'augmenter par les temps humides ; c'est que le myxome est très-hygrométrique ; il acquiert du volume en même temps que l'air atmosphérique se charge d'humidité.

Pendant que l'obstruction des fosses nasales se complète, par le développement toujours progressif des polypes, on voit apparaître divers troubles portant sur les organes et appareils voisins. Les orifices du canal nasal et de la trompe d'Eustache, quelquefois obstrués, donnent ici des troubles auditifs, là du larmolement. L'air de la res-

piration, dévié de son cours normal dans ses voies supérieures, n'y est plus réchauffé, purifié, ni chargé d'humidité ; obligé de suivre la voie buccale, il arrive à la gorge et au larynx, froid et sec, et devient une source d'angines et de laryngites à répétition. Le sommeil est difficile, s'accompagne de céphalalgie et de cauchemars. La voix s'altère, son timbre se modifie, elle devient nasonnée, rauque, disparaît même parfois.

On note encore d'autres phénomènes d'ordre réflexe, qui reconnaîtraient surtout une prédisposition nerveuse, arthritique. Ils ont été bien étudiés par Voltolini, Frankel, Joal, Duplay. C'est en particulier l'asthme nasal, caractérisé par des accès paroxystiques d'oppression, survenant ordinairement pendant la nuit et ressemblant de tous points à l'asthme essentiel. L'asthme peut se compliquer ultérieurement de bronchite chronique, d'emphysème, puis de dilatation du cœur droit. A signaler aussi le spasme réflexe de la glotte (Herzog), des quintes de toux, des névralgies sus- et sous-orbitaires tenaces, des céphalées, des troubles vaso-moteurs du côté de l'œil, des pommettes, de l'encéphale, etc.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la rareté des accidents de compression, causés par les polypes muqueux ; ils reconnaissent tous que, lorsqu'ils existent, ils sont bien peu accusés. C'est là un point important qui nous servira à différencier le myxome du myxo-sarcome. On signale à peine un léger degré de refoulement de la cloison des fosses nasales, quelquefois un peu d'élargissement de la racine du nez par disjonction des os propres, un peu de déjettement en dehors des ailes du nez. Mais là s'arrêtent les désordres de ce genre, et on répète *qu'il*

n'y a jamais d'envahissement des régions orbitaires et zygomatiques, ni de la cavité crânienne ¹.

Les troubles fonctionnels que nous avons énumérés sont à un degré plus ou moins marqué, les premiers en date. Ce sont eux qui attirent tout d'abord l'attention, et mettent, soit le malade lui-même, soit le spécialiste, sur la découverte du polype.

L'inspection directe peut parfois en faire constater la présence ; mais pour bien en observer les caractères physiques, la rhinoscopie antérieure ou postérieure, souvent les deux, sont nécessaires.

Les polypes du nez sont de coloration grisâtre, translucides, ils deviennent roses ou rougeâtres quand ils sont soumis à des influences irritatives diverses. Ils sont de consistance molle, gélatinoïde, facilement dépressibles. Ils ressemblent assez bien à la gelée de Warthon. Ils peuvent présenter les plus grandes variations morphologiques : ils sont lisses et réguliers, ou bosselés, mamelonnés, lobés ou groupés en grappe. Ils possèdent une mobilité caractéristique que révèle une pression exercée avec le stylet explorateur. Parfois sessiles, ils sont le plus souvent pédiculés ; de grosseur variable, ils poussent quelquefois des prolongements multiples et volumineux, faisant saillie par les orifices antérieur et postérieur des fosses nasales.

Jusque-là rien de bien spécial, si tout ce que nous avons dit s'adresse au myxo-sarcome alors qu'il n'est pas encore le myxo-sarcome ou qu'il commence seulement à pousser il appartient aussi et plus encore au vulgaire polype muqueux du nez ; et cet état peut persister longtemps, des

¹ Ripault, *Revue générale, Gazette des hôpitaux*, 1894.

années. Les divers symptômes s'amendent, disparaissent même complètement après une ablation; puis ils réapparaissent à plus ou moins bref délai, avec les récidives qui manquent rarement, s'établissent toujours assez lentement, progressivement, avec les mêmes caractères, jusqu'à ce que le malade se fasse débarrasser de ses nouvelles productions polypeuses.

Mais à un moment donné, sans causes très nettes, toujours après plusieurs tentatives d'extirpation plus ou moins complètes, et généralement très peu de temps après la dernière, le néoplasme récidive et se développe d'une façon étrange, avec une rapidité qui n'a rien de comparable avec les récidives précédentes. En très peu de temps, en l'espace de quelques jours à deux ou trois mois au plus, il acquiert un volume qu'il n'avait jamais eu, un volume plus considérable que celui qu'il avait pris en plusieurs mois, en un an et plus, dans les récidives antérieures.

Très vite, les masses néoplasiques remplissent la cavité tout entière des fosses nasales où elles ont pris naissance et qui devient insuffisante à les loger. Elles paraissent développer à son intérieur une poussée expansive, une pression dont l'effort fait éclater le squelette du nez et envahir les régions voisines qui sont mal défendues. C'est alors que nous observons ces phénomènes de compression, ces déformations à peine ébauchées dans le polype muqueux ordinaire, mais qui ici deviennent la règle et donnent au myxo-sarcome une physionomie particulière, un cachet spécial qui lui est propre.

Dans son développement rapide il se porte en avant et remplit complètement la narine, la dépasse quelquefois et

déscend sur la lèvre supérieure; il la modifie plus ou moins profondément dans sa forme; son orifice antérieur allongé dans le sens antéro-postérieur s'élargit transversalement, et on peut le voir revêtir une forme ovale à grosse extrémité externe. En arrière, il pousse des prolongements qui peuvent dépasser le volume d'une noix, abaissent le voile du palais et remplissent plus ou moins le naso-pharynx. La cloison des fosses nasales est refoulée et obstrue en partie le canal du côté opposé, généralement indemne de tumeur. Mêmes phénomènes se produisent sur la paroi externe, la mince cloison osseuse qui sépare l'antre maxillaire du conduit nasal cède sous le fait du développement excentrique du polype et la cavité du sinus est plus ou moins réduite; mais celle-ci ne paraît pas être envahie par le néoplasme.

C'est extérieurement que ces accidents de compression sont encore le plus manifestes. Il existe une véritable dislocation des articulations des os du nez. L'os propre du nez, séparé de celui du côté opposé, abandonne aussi ses connexions avec la branche montante du maxillaire supérieur et il acquiert une certaine mobilité, qu'il est facile de déceler en exerçant une faible pression à sa surface. Dans un cas, le dos du nez avait acquis une largeur de plus d'1 cm. 50, et les masses polypeuses qui s'étaient interposées entre les deux os propres du nez, venaient faire saillie sous la peau, qu'elles soulevaient et où on pouvait constater facilement leurs caractères physiques de mollesse, d'élasticité et de fausse fluctuation.

Ce n'est pas tout, le myxo-sarcome produit des désordres encore plus considérables; dans nos deux observations, il avait envahi l'orbite : c'est là une complication

aussi étrange que rare pour une tumeur qui n'est pas franchement maligne. A cause de la rareté du fait nous y reviendrons dans un chapitre spécial.

Notons dès maintenant un caractère négatif important : dans les points où le néoplasme a refoulé les os, disloqué les articulations et est venu soulever la peau, nulle part on ne constate de modifications du côté de cette dernière, pas de changement de coloration, pas d'élévation de la température locale, pas de développement anormal du réseau veineux, pas de phénomènes d'usure, ni de menace d'ulcération, aucun phénomène d'adhérence ; la peau est normale et reste entièrement libre au niveau des points où la tumeur est venue se mettre en contact avec elle.

Nous avons vu que les épistaxis étaient rares dans le polype muqueux, c'est encore un des points par lesquels la tumeur qui nous occupe se sépare de lui. Le myxo-sarcome a une certaine tendance à saigner, bien plus marquée que dans le myxome où les hémorragies sont presque toujours consécutives à un traumatisme assez violent, mais bien moins accusée que dans les tumeurs franchement malignes, sarcomateuses ou épithéliomateuses, dont les hémorragies spontanées et abondantes constituent un des symptômes alarmants. Dans le myxo-sarcome, les épistaxis peuvent être spontanées et nécessiter une intervention assez active, mais ce n'est pas la règle ; les hémorragies que l'on observe, parfois sérieuses à la vérité, sont le plus souvent provoquées ; elles succèdent à un traumatisme, à un examen, à une exploration avec la sonde ou le stylet, et elles sont souvent assez abondantes pour empêcher à peu près totalement ce mode d'investigation. Mais dans aucun cas elles n'ont paru porter la

moindre atteinte à l'état général ; elles s'arrêtent assez facilement et jamais elles n'ont inspiré de craintes sérieuses comme cela arrive dans les tumeurs malignes.

Joignez à ce développement rapide, à cette marche envahissante, à caractère expansif avec une sorte de propension à évoluer du côté de l'orbite, à cette tendance à saigner, joignez-y les symptômes d'une obstruction totale des fosses nasales, imprimant au dernier degré, chez le malade, le facies et le cachet de l'emploi, joignez-y tous les autres signes que nous avons mentionnés dans le polype muqueux du nez, coryza, enchifrènement, troubles respiratoires et de la voix, asthme, etc., mais rien de plus, et vous aurez à peu près le tableau du myxo-sarcome.

C'est, en effet, le trait le plus caractéristique de cette tumeur d'avoir dans sa marche les allures des néoplasmes les plus malins, et, de par tous ses autres caractères, de conserver la physionomie du myxome, d'une tumeur des plus bénignes.

Nous ne décrivons pas ses caractères physiques, ils rappellent de tous points ceux du polype muqueux vulgaire : pas d'ulcération du tout, mobilité, élasticité, aspect gélatinoïde, lisse, grisâtre, brillant, c'est la reproduction parfaite du myxome. Pas de fétidité des sécrétions nasales, pas d'écoulement purulent, pas d'adhérences, ni de modifications de la peau dans les points où le néoplasme vient se mettre en contact avec elle ; avec cela, conservation d'un état général parfait, intégrité absolue des gangliions ; ce sont autant de caractères négatifs importants, qui séparent le myxo-sarcome des tumeurs malignes primitives ou ayant subi la dégénérescence franchement sarcomateuse ou épithéliomateuse.

CHAPITRE II

Complications oculaires. Pathogénie.

Nous réunissons dans ce chapitre un certain nombre de troubles variés et communs en même temps à plusieurs affections nasales : c'est que, ainsi que nous le verrons, les causes qui peuvent les produire sont multiples et reconnaissent elles-mêmes plusieurs facteurs étiologiques.

Un premier groupe de complications oculaires comprend celles qui sont passagères, mobiles, susceptibles de s'améliorer ou de guérir spontanément ou par des moyens thérapeutiques simples. Ce sont plutôt des complications à distance. Elles comprennent : l'injection de la conjonctive, le larmolement, l'hyperémie ciliaire, l'asthénopie, le rétrécissement du champ visuel, l'amblyopie, le blépharospasme, l'œdème des paupières et autres symptômes de cet ordre. Ces troubles sont loin de se rencontrer toujours au même degré. Les uns sont fréquents, comme l'hyperémie de la conjonctive ; les autres exceptionnels, comme l'amblyopie, le blépharospasme ; tels sont les troubles ordi-

naires des affections inflammatoires du nez, comme les conjonctivites aiguës ; tels autres au contraire appartiennent plutôt aux tumeurs, comme le larmolement, l'œdème des paupières. Mais tous peuvent se rencontrer aussi bien, et même plus, dans le coryza aigu et la rhinite hypertrophique que dans les polypes muqueux simples ou dégénérés.

Ces symptômes sont souvent très précoces, si bien qu'ils paraissent être les premiers en date et frappent tout d'abord l'attention des malades, qui, au lieu de se rendre chez le rhinologiste, vont consulter l'oculiste.

Plusieurs explications ont été avancées pour nous donner la clef de ces symptômes : chaque auteur a sa théorie préférée ; toutes sont parfaitement logiques et rationnelles, et si elles n'interviennent pas dans tous les cas, chacune doit commander un certain nombre d'entre eux.

Nous connaissons les rapports intimes qui existent entre les muqueuses conjonctivales et nasales ; sans parler des nombreuses sources d'innervation et d'irrigation qui sont communes aux appareils olfactif et visuel, il nous suffira de rappeler que leur revêtement muqueux se continue l'un avec l'autre par l'intermédiaire du canal nasal, qui sert de débouché à l'écoulement des larmes, dont les fosses nasales sont l'émonctoire naturel. Que l'une de ces muqueuses devienne le siège d'une inflammation quelconque, on comprend avec quelle facilité le processus pathologique pourra se transmettre de l'une à l'autre par la continuité du terrain. Fréquentes sont les conjonctivites dans le coryza, l'asthme des foins ; les polypes du nez, en favorisant la rétention des produits de sécrétion nasale, sont souvent le point de départ de phénomènes aigus, et du même coup

peuvent produire les mêmes complications que les affections inflammatoires du nez. Une remarque très intéressante est à faire à ce sujet : c'est que, si les altérations de la muqueuse nasale ont une grande tendance à gagner la conjonctive, la réciproque n'est plus vraie : rares sont les processus inflammatoires qui se propagent de l'œil aux fosses nasales, bien que le cours des larmes semble favoriser considérablement cette dernière éventualité.

Une autre cause fréquente de complications de cet ordre, et sur laquelle a bien insisté M. Emile Berger ¹, consiste dans un phénomène réflexe dont le point de départ serait dans la muqueuse nasale. Le nerf centripète de ce réflexe est le trijumeau, dont les filets terminaux s'épanouissent en grand nombre dans la muqueuse olfactive. Les polypes sont une cause puissante d'irritation de ces ramifications terminales, qui se manifeste du côté de l'œil par des phénomènes de vaso-dilatation et d'hyperémie, comme elle amène, du côté du poumon, des accès d'asthme.

Une troisième considération pathogénique est basée sur les rapports anatomiques qui existent entre les vaisseaux de l'orbite et du globe de l'œil d'une part et ceux du nez d'autre part. Le Dr Ziem de Dantzig ² en rapporte l'exemple très démonstratif suivant, Il s'agissait d'un malade porteur d'une tumeur intra-nasale très maligne et ayant envahi l'orbite : en dehors des phénomènes de compression et de déviation du globe oculaire gauche, on observait du même

¹ Emile Berger, Communication à la Société de médecine pratique de Paris, séances du 31 décembre 1891 et du 7 janvier 1892.

² Dr Ziem (de Dantzig), *Ueber introculare Erkrankungen im Gefolge von Nasenkrankheiten*,

côté un œdème considérable des paupières, la conjonctive injectée, la pupille large et fixe, la vue éteinte; du côté droit, l'acuité visuelle était très diminuée. Or, après quelques séances d'injection d'eau salée dans le nez et l'évacuation d'une assez grande quantité de pus, le malade se sentit très soulagé, en même temps que les complications oculaires s'améliorèrent et que le champ visuel droit s'agrandissait et redevenait à peu près normal.

L'auteur en conclut que les symptômes précédemment observés « s'expliquent de la façon la plus simple par une stase collatérale. Par le rétablissement de la respiration nasale et le renforcement de la force d'aspiration des poumons, la circulation a été rétablie et la fonction de l'œil est redevenue normale ».

Les différentes complications que nous venons d'énumérer vont s'accroître encore bien davantage, quand la tumeur, du fait de son accroissement progressif, aura gagné franchement la région orbitaire. L'orbite, en effet, mal protégée par les cloisons osseuses minces et fragiles qui le séparent des fosses nasales est souvent envahi par un prolongement néoplasique, qui y trouve un libre essor à son développement. C'est au niveau de l'angle interne de l'œil, là où l'unguis ou l'os planum de l'ethmoïde a été repoussé et disloqué, que la tumeur vient faire une saillie plus ou moins volumineuse. Nous allons donc avoir à étudier une seconde catégorie de complications oculaires, celles-là manifestement dues à des phénomènes de compression et à la présence de la tumeur oculaire.

Nous retrouvons encore des troubles congestifs analogues aux précédents, mais cette fois persistants et plus accentués; c'est une diminution progressive de l'acuité

visuelle pouvant aller jusqu'à l'amaurose, avec vaisseaux papillaires très injectés, une hyperémie permanente de la conjonctive, un œdème considérable des paupières, localisé de préférence au niveau du sillon orbito-palpébral inférieur et le transformant en un gros bourrelet, et beaucoup d'autres symptômes de même nature, comme chémosis, pupilles injectées, etc. Les symptômes sont produits par une stase sanguine considérable, qui est sous la dépendance d'une compression exercée par la tumeur. C'est, en effet, au niveau de l'angle interne de l'œil, que les vaisseaux affluent en plus grande quantité, principalement aux organes annexes de l'œil, ils sont plus ou moins comprimés en ce point, ce qui amène des modifications plus ou moins profondes dans la circulation sanguine de la région.

Les points lacrymaux soulevés et écartés du lac lacrymal ne peuvent plus y puiser les larmes, d'autre part, le canal nasal est souvent directement comprimé et obstrué par la tumeur nasale : ce sont autant de raisons qui nous expliquent la fréquence de l'épiphora.

Parfois la tumeur oculaire vient faire saillie nettement au niveau du grand angle de l'œil soulevant à ce point la caroncule lacrymale ; plus rarement, elle naît plus bas ; par contre, elle paraît avoir de la tendance à évoluer plus haut et à gagner la paupière supérieure, fréquemment elle en amène le prolapsus et consécutivement détermine l'occlusion plus ou moins complète du globe oculaire.

Mais c'est surtout en arrière de l'œil, dans la loge graisseuse de l'orbite, que la tumeur semble avoir son maximum d'extension, comme en témoignent les déplace-

ments caractéristiques que subit le globe de l'œil. Cependant avant l'envahissement orbitaire, ce dernier aurait déjà subi des déviations. « Par la croissance ultérieure des polypes dans les cellules ethmoïdales, dit M. Emile Berger, la distance entre les deux yeux devient plus grande, les parois internes des orbites se déplacent en dehors, et il se produit ainsi la malformation du visage connue sous le nom de face de grenouille (*Froschgesicht* des Allemands). » Il est évident que ces désordres sont encore plus accentués, quand c'est le néoplasme qui vient lui-même presser contre le globe oculaire et le déplacer. Dans ces conditions, l'œil est franchement porté en avant et en dehors, et il n'est pas rare de le voir occuper un plan situé jusqu'à 3 centimètres et plus, plus en avant que celui du côté opposé.

Quand la tumeur a pris un certain développement, elle imprime au facies du malade un cachet très particulier et des plus caractéristiques : le regard est fixe, inquiet, la pupille est dilatée, une tuméfaction plus ou moins considérable comble l'angle interne de l'œil, un gonflement œdémateux occupe toute la région péri-orbitaire, mais ce qui frappe le plus, c'est l'œil propulsé en avant et très en dehors, qui occupe nettement une situation latérale de la face et rappelle assez exactement la malformation de face de grenouille dont nous avons parlé. Ces déformations sont d'autant plus frappantes qu'elles n'occupent qu'un côté de la face ; la comparaison avec le côté normal, par son contraste, les fait ressortir encore davantage.

L'amaurose n'est pas la règle, quand elle existe, il faut la rapporter soit à une hyperémie papillaire par stase collatérale, susceptible de s'améliorer et même de dispa-

raître, soit à une compression du nerf optique dans son trajet osseux ou en dehors : dans ce dernier cas, il se produit une névrite rétro-bulbaire progressive qui compromet à jamais la vision.

Un fait, au contraire, qui paraît étrange et vient à l'encontre de ce qu'on pourrait croire de prime abord, c'est que le malade conserve la vision binoculaire ; malgré le déplacement souvent considérable du globe oculaire, à aucun moment il n'a existé de diplopie ; et la vision normale n'est pas du tout le résultat de la suppression physiologique de l'un des deux yeux.

La mobilité de l'œil déplacé reste parfaite : elle s'exerce même sur une plus grande étendue du côté nasal, puisque pour ramener l'œil dans l'axe et permettre de nouveau à la vision binoculaire de s'exercer, le muscle droit interne doit nécessairement développer des efforts de contraction plus considérable qu'auparavant.

Ces faits cliniques absolument certains sont un gros argument contre la nature franchement maligne du myxo-sarcome. La mobilité oculaire demeure intacte et le globe de l'œil n'est nullement menacé d'ulcération ou de perforation. Ce n'est pas ce qu'on observe dans les tumeurs malignes, sarcomateuses ou épithéliomateuses, du nez comme des autres régions, les organes voisins sont envahis par infiltration. Dans notre cas, rien de semblable, la tumeur polypeuse se développe aux dépens de ses propres éléments, elle respecte les tissus voisins, les repousse pour se faire de la place, mais elle ne les envahit pas.

Dans la région oculaire d'ailleurs, comme dans les fosses nasales, pas trace d'ulcération, la peau ou la mu-

queuse qui recouvre la tumeur conserve ses caractères normaux et ne contracte pas d'adhérences avec elle ; tout au plus observe-t-on un peu de dilatation vasculaire et de rougeur de distension. Si l'on palpe, bien que la tumeur ne soit pas à découvert, il est aisé de se rendre compte à travers les tissus sus-jacents, qu'elle conserve les mêmes caractères que nous avons déjà indiqués, c'est-à dire, la mollesse, la rénitence, l'élasticité ordinaire des polypes muqueux des fosses nasales.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique du néoplasme.

Sa nature.

Ce chapitre est certainement le plus difficile et le plus délicat de ceux que nous avons à traiter. Quelle place assigner dans le cadre de l'anatomie pathologique à la tumeur que nous décrivons? A quelle variété exacte de néoplasme correspond-elle? Quels sont ses rapports avec le polype muqueux dont elle semble dériver? Quelle distance la sépare du sarcome? Ce sont des questions auxquelles il n'est pas aisé de répondre par une définition précise. Et quoi d'étonnant, si l'on songe que le simple myxome des fosses nasales, étudié depuis longtemps et si fréquent, est encore l'objet de nombreuses dissidences au point de vue anatomo-pathologique? Aussi comprendra-t-on nos scrupules à être ferme et nos hésitations à l'endroit d'une tumeur voisine du myxome, rare, et qui ne paraît pas encore avoir été l'objet d'une étude approfondie de la part des auteurs.

Nous croyons cependant pouvoir avancer dès maintenant que nous sommes en présence de tumeurs myxosarcomateuses, et pour rendre notre démonstration plus rigoureuse, nous décrirons aussi exactement que possible les caractères macroscopiques et microscopiques du néoplasme, tels qu'ils nous ont été communiqués par MM. Rollet et Bérard; puis remontant un peu haut dans l'histoire du myxome, nous essaierons d'établir les liens de parenté qui le rattachent à ce dernier.

Nous avons déjà indiqué certains caractères physiques du myxo-sarcome : aspect lisse, brillant, gris rosé, consistance molle, élasticité, mobilité; ces caractères appartiennent aux tumeurs myxomateuses. Son aspect extérieur est partout le même, et si, accidentellement, il est dans certains points le siège de foyers inflammatoires qu'on pourrait prendre à première vue pour des ulcérations, on peut dire qu'il ne s'ulcère pas. Il est généralement formé par des masses volumineuses et très nombreuses, présentant des aspects très variés, elles sont unies, lobées, mamelonnées ou groupées en grappes, les unes sont pédiculées, les autres sessiles. Leurs points d'implantation sont multiples, beaucoup plus nombreux que dans les cas de polypes muqueux simples; et au lieu de s'insérer au lieu d'élection de ces derniers, c'est-à-dire sur la paroi externe des fosses nasales, la paroi des méats et des cornets et particulièrement le cornet moyen, elles s'insèrent partout, aussi bien sur la paroi externe que sur la cloison et la voûte et jusque dans la région orbitaire, où l'origine des polypes se ferait, soit au niveau du canal nasal dont la muqueuse aurait subi la dégénérescence polypoïde, soit au niveau des cellules

ethmoïdales, dont la muqueuse également transformée aurait été repoussée jusque dans la cavité de l'orbite.

De ce vaste champ, devenu fertile à l'éclosion et au développement des productions myxo-sarcomateuses, ces dernières poussent avec une très grande rapidité et envoient des prolongements nombreux; de préférence, ils se portent en avant, entraînés dans ce sens au début par le courant d'air expiratoire, et vont jusqu'à pendre sur la lèvre supérieure; d'autres se portent en arrière et comblent plus ou moins le naso-pharynx, à la manière des polypes fibreux de cette région; et comme si ces voies naturelles ouvertes au libre développement du myxo-sarcome, étaient encore insuffisantes à assurer son extension toujours incessante et si rapide, il presse encore contre les parois de la cavité qui l'enserme, il déforme la cloison et obstrue en partie, par ce mécanisme, la fosse nasale du côté opposé, il repousse aussi en dehors la paroi de l'antre maxillaire et le réduit d'autant; enfin, les cellules ethmoïdales protégées par des cloisons osseuses si fragiles sont bien vite envahies, disloquées, détruites et permettent au néoplasme de s'accroître librement du côté de la cavité orbitaire, où il produit un groupe de symptômes si remarquables.

Profondément, il s'assure parfois un point d'insertion solide, en contractant des adhérences intimes avec le tissu osseux sous-muqueux. Cela se voit quelquefois aussi pour le vulgaire polype muqueux. Une seule cavité des fosses nasales paraît envahie, l'autre resterait toujours indemne.

A la coupe et par la pression, il donne un liquide très épais, filant, ressemblant à du blanc d'œuf ordinaire; ce

liquide est incolore ou légèrement teinté en jaune ; chimiquement, il présente les réactions du mucus.

La surface du néoplasme est tapissée par une couche continue d'un épithélium, qui présente des caractères un peu variables suivant les points de la tumeur où ont porté les coupes ; si les fragments qui ont servi à l'examen, ont été recueillis dans le cavum, le revêtement muqueux sera du type buccal ectodermique avec des festons et des élévations semblables à des fausses papilles ; en général, l'épithélium de revêtement est cylindrique, stratifié et à cils vibratiles, c'est-à-dire, construit sur le type des cellules de revêtement normal des fosses nasales ; cet épithélium devient pavimenteux et plus stratifié, quand la tumeur en s'extériorisant a subi des influences irritatives diverses.

Dans sa structure intime, le néoplasme est constitué par une substance fondamentale connective, en général peu abondante, disposée en travées ordinairement minces et peu résistantes, lesquelles circonscrivent des espaces aréolaires plus ou moins irréguliers. Ces espaces sont comblés par un liquide intercellulaire amorphe, riche en mucine, qui paraît quelque peu raréfié, et par des éléments cellulaires, disséminés sans ordre dans ce liquide et se rapprochant de la forme jeune, c'est-à-dire, qu'ils comprennent des cellules à prolongements courts, des cellules fusiformes et des cellules rondes, ces éléments paraissent parfois assez condensés.

En certains points, le tissu peut revêtir les caractères du tissu adénoïde : tissu lamineux fin, dont les fibres courtes et grêles sont tapissées de cellules plates avec infiltration dense d'éléments embryonnaires ronds, leucocytiques. Il n'y a là rien de particulier ; c'est un exemple

de la variabilité des formes que peut revêtir le tissu connectif dans les tumeurs myxomateuses. Ce tissu adénoïde se rencontrerait assez fréquemment même dans le polype muqueux ordinaire des fosses nasales. « Si l'on agite une coupe fine dans l'eau de baryte qui dissout la mucine, on voit que dans l'intérieur des alvéoles fibreuses, il existe un fin réticule fibrillaire excessivement délicat, analogue et comparable à celui des ganglions lymphatiques et de l'amygdale. Ce réticulum s'observe parfaitement dans les préparations montées à l'eau et colorées à l'hématoxyline. » (Ricardo Botey¹.)

Dans l'intérieur des tumeurs, on rencontre assez fréquemment des cavités assez spacieuses, remplies d'un liquide épais ou séreux, plus rarement colloïde ou graisseux. Ce sont le plus souvent des pseudo-kystes, parce qu'une paroi propre leur fait défaut. Dans quelques cas cependant, on rencontrerait de véritables kystes à mucine (kystes par rétention glandulaire) (Zuckerkindl).

Il existe quelques vaisseaux sanguins, formant un réseau fin et incomplet, avec arborescences délicates ; aucun n'est à l'état adulte. Leurs tuniques ne présentent pas de lésions inflammatoires ; cependant les éléments de la paroi, comme celles des conduits lymphatiques, paraissent être en voie de prolifération plus ou moins active.

Telle est la constitution intime que nos tumeurs ont paru présenter, autant qu'un examen attentif et consciencieux a permis de l'observer. On est frappé par l'abondance, dans le néoplasme, des éléments cellulaires,

¹ Ricardo Botey (de Barcelone), Congrès international d'otologie et de laryngologie, Paris, 1889.

rappelant tous la forme jeune ; tandis que la substance fondamentale connective et le tissu myxoïde ne paraissent pas être dans une proportion relative, telle qu'on a coutume de l'observer dans le polype muqueux vulgaire. D'autre part, nous savons fort bien que du myxo-sarcome au polype muqueux simple, la distance n'est pas grande, si bien que beaucoup d'auteurs disent que le diagnostic anatomo-pathologique de ces deux tumeurs est presque impossible (Wyatt Wingrave ¹). Mais il faut tenir compte aussi d'un autre fait, c'est de la variabilité des formes des polypes muqueux au point de vue de leur structure fine, cause de dissidences nombreuses entre les auteurs. La constitution histologique du polype nasal est loin d'être toujours identique à elle-même. La description que Virchow a donnée des tumeurs myxomateuses peut parfaitement s'appliquer au myxome nasal : outre le liquide intercellulaire « il existe encore une certaine proportion de substance fondamentale fibreuse. Les fibrilles ont l'aspect des fibrilles ordinaires du tissu connectif, mais elles sont très lâches et imbibées de part en part du liquide contenant la mucine. Les éléments cellulaires, enveloppés par la substance intercellulaire, sont en quantité très variable. Dans les formes les plus simples, on voit des cellules isolées fusiformes, stellaires ou arrondies suivant les états de développement. Plus le tissu est jeune, plus il existe de cellules arrondies ; plus il est ancien, plus il y en a de fusiformes et de stellaires, qui s'anastomosent entre elles et donnent lieu à une structure aréolaire, à un

¹ Wyatt Wingrave, Société britannique de laryngologie et rhinologie, séance du 9 décembre 1892.

réseau dans les mailles duquel il n'est pas rare de voir encore persister ou même continuer à proliférer des éléments arrondis. »

Le polype des fosses nasales ne présente pas toujours la constitution du myxome pur : cellules rondes ou fusiformes disséminées dans une substance intercellulaire amorphe ou muqueuse. Il est des cas, où il se rapproche beaucoup du fibrome, si bien qu'on a pu isoler une forme qui paraît assez bien déterminée, le fibrome myxomateux. D'autres fois, c'est de la forme embryonnaire, au contraire, dont il se rapproche le plus, et c'est alors qu'il deviendra difficile surtout de le différencier du myxosarcome.

Pour ne nous occuper que de ces trois variétés de myxome, myxome pur, fibro-myxome et myxome-sarcome, les seules intéressantes en ce qui nous concerne, nous dirons qu'il existe entre elles des liens très étroits, si bien qu'elles ne forment qu'une seule et même tumeur, mais à une étape différente de son évolution. Ce sont des idées que nous trouvons longuement exposées dans la thèse de Chevallier¹. « Le tissu muqueux est le plus souvent un tissu de transition entre le tissu embryonnaire et le tissu conjonctif adulte ; mais les éléments connectifs qui le constituent peuvent acquérir tout leur développement sans que la substance muqueuse disparaisse et cesse d'infiltrer le tissu. » Plus loin quand l'auteur traite la question des polypes muqueux des fosses nasales, il dit : « Nous ne conserverons pas la distinction établie entre les polypes muqueux et fibro-muqueux des fosses nasales ;

¹ Chevallier, *Etude sur le myxome*, thèse de Paris, 1891.

nos observations, les examens microscopiques que nous avons faits, nous ont amené à cette conviction que le myxome des fosses nasales est toujours un fibro-myxome quel que soit le point de muqueuse où il s'implante, les éléments fibreux sont plus ou moins abondants suivant l'âge de la tumeur; dans les tumeurs récentes, les éléments fibreux sont peu développés; dans les vieilles tumeurs au contraire, ils forment une trame très résistante. En un mot, le myxome des fosses nasales, à mesure qu'il avance en âge, tend à s'éloigner de plus en plus de l'état embryonnaire. »

Autre part, au sujet du myxome des muscles, des aponévroses, des gaines des vaisseaux et des tendons, il ajoute : « Le myxome est constitué par des éléments jeunes; ces éléments, bien loin d'évoluer vers un état plus parfait, tendent au contraire à revenir vers un état de plus en plus embryonnaire. Dans certains cas, on peut voir les cellules perdre presque la forme adulte et se rapprocher de la forme ronde, la matière amorphe et les travées connectives disparaître peu à peu. On a ainsi la transition entre le myxome et le sarcome : myxo-sarcome ou myxome embryonnaire. »

Nous aurions voulu voir énoncer cette proposition au sujet du polype muqueux nasal; l'auteur n'admet que son évolution vers la forme adulte; cependant la dégénérescence sarcomateuse du myxome nasal est un fait aujourd'hui bien connu.

Nous pensons, pour notre part, que le polype muqueux du nez peut évoluer vers la forme jeune; ce n'est pas à dire que du moment que cette transformation est commencée, fatalement elle aboutit au sarcome. Loin de là;

nous pensons au contraire que, sous l'influence des causes étiologiques que nous avons énumérées, le myxome évolue vers la forme embryonnaire et se fixe dans cette forme, au moins pour un temps. Nous avons des exemples de tumeurs, qui ont conservé pendant des années les allures de semi-malignité que nous avons décrites, sans qu'au bout de ce temps elles se soient modifiées et se soient rapprochées en rien du sarcome.

Nous croyons aussi que beaucoup de tumeurs qui, d'emblée, ont présenté les mêmes symptômes d'envahissement, mais sont restées pendant dix, quinze ans et plus, à peu près stationnaires, jusqu'à intervention opératoire, et ont été classées dans la catégorie des sarcomes primitifs (tumeurs bien rares), n'étaient au fond que des myxo-sarcomes primitifs. Dans la *Gazette des hôpitaux* de 1890 M. le professeur Tillaux rapporte une observation de ce genre, sous l'étiquette de sarcome ; l'examen histologique d'ailleurs n'a pas été fait. Et pourquoi le myxo-sarcome ne pourrait-il pas être primitif, au même titre que le myxome, le fibrome myxomateux, le sarcome ? Peut-être en avons nous un exemple dans l'une de nos observations, où d'emblée la tumeur a montré des allures envahissantes, apparaissant dès le début dans la cavité orbitaire.

Ainsi, l'anatomie pathologique viendrait donc aussi justifier la dénomination que nous avons proposée, et montrer que nous avons bien affaire à des tumeurs myxo-sarcomateuses. Il n'est pas jusqu'à la théorie qui ne vienne apporter son appoint de vérité et corroborer cette manière de voir. Hénocque ¹ dit qu'on doit ranger dans les formes

¹ Hénocque : in *Dictionnaire encyclopédique*, art, MYXOME.

bénignes de myxome celles dont le tissu s'éloigne le plus du type embryonnaire; les myxomes malins sont ceux qui renferment le plus d'éléments jeunes. On sait que ces vues théoriques s'appliquent à toutes les tumeurs en général. Le myxo-sarcomé, tumeur intermédiaire entre le myxome et le sarcome des fosses nasales au point de vue anatomo-pathologique, est également une tumeur intermédiaire au point de vue clinique, nous avons vu qu'il était plus malin que le polype muqueux vulgaire, mais il est beaucoup plus bénin que le sarcome.

Il ne nous reste qu'un mot à ajouter pour établir un certain rapprochement, bien qu'éloignée, entre le myxo-sarcome et le myxome diffus des membres tels que l'ont décrit M. le professeur Pollosson ¹ et M. Rafin ². Ce sont deux variétés de tumeurs myxomateuses possédant une certaine malignité : l'envahissement de la muqueuse nasale par le processus de dégénérescence polypoïde, la rendant apte à pousser des néoplasmes sur toute son étendue, est comparable à la diffusion du myxome diffus, ils sont remarquables tous les deux par « leur ténacité et leur patience, leur ténacité à récidiver, leur patience à ne pas prendre de suite un grand développement..... et à ne pas infecter l'organisme » ; nous avons vu aussi qu'ils se rapprochaient l'une de l'autre par leur constitution intime. Mais ils diffèrent considérablement, en ce que le myxome diffus n'a pas de limite à son extension ; tandis que les productions myxo-sarcomateuses ne dépassent pas les

¹ M. Pollosson, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1893.

² Rafin, *Du myxome diffus du tissu cellulaire des membres*, thèse de Lyon, 1885.

limites de la muqueuse olfactive et des cavités voisines ; et en cet autre fait, que le myxome diffus croît en surface en gagnant de proche en proche le tissu cellulaire sous-cutané voisin, tandis que le myxo-sarcome se développe surtout sur place et forme de véritables tumeurs qui ont même de la tendance à se pédiculiser.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Quand le myxo-sarcome est arrivé à une certaine période de son développement, il présente des caractères assez nets pour permettre en général un diagnostic assez facile. Ce n'est qu'au début, quand il n'a pas encore acquis cette extension si caractéristique, que l'erreur est facilement commise. C'est en effet une tumeur rare et, à cette période, il ressemble tant au myxome simple ; aussi, on n'y pense pas et c'est le polype muqueux qui fait presque toujours les frais du diagnostic. De même à cette période, puisque ces deux néoplasmes ont tant de points communs, le diagnostic différentiel s'adressera plutôt au polype muqueux. Nous allons cependant énumérer rapidement les principales causes d'erreur, qu'un examen attentif, aidé de la rhinoscopie, permettra en général de reconnaître facilement.

Les déviations de la cloison, les ostéomes, les enchondromes, accompagnés de coryza et de gêne respiratoire,

trompent plus souvent les malades que le praticien, qui est mis aisément sur la voie par leur dureté.

Les hématomes et les abcès de la cloison sont immobiles, rénitents, quelquefois symétriques, à évolution bien différente.

Des corps étrangers, des rhinolites entourés de muqueuse végétante seront reconnus par une exploration soigneuse au stylet et l'interrogatoire.

Les hernies de la muqueuse ethmoïdale (Mackenzie), le méningocèle intra-nasal méritent à peine une mention.

On ponctionnera les kystes séreux ou muqueux soulevant quelques doutes.

L'angiome des fosses nasales est une tumeur arrondie, régulière, à surface lisse, de couleur rouge ou bleu foncé, elle s'attache par une large base à la partie supérieure des fosses nasales; elle donne naissance à des épistaxis graves, et possède parfois des battements et des mouvements d'expansion synchrones à la systole cardiaque.

Les hypertrophies papillomateuses restent ordinairement sous la forme de végétations peu développées, finement mamelonnées, assez comparables aux papillomes en chou-fleur (crête de coq) des organes génitaux, elles sont rougeâtres et saignent très facilement.

Les adénomes cylindriques (C. Robin, Verneuil) sont des tumeurs exceptionnelles de consistance plus ferme que le myxo-sarcome; ils peuvent envahir les cavités voisines, sinus maxillaire, orbite; ils ont une grande tendance à subir la dégénérescence épithéliomateuse.

L'hypertrophie de la muqueuse des cornets du nez, caractérisée par l'épaississement et le gonflement de la

muqueuse, lesquels consistent dans l'infiltration d'un tissu conjonctif embryonnaire, par une grande quantité de cellules migratrices et par de la mucine qui distend les espaces conjonctifs sous-muqueux, est parfois d'un diagnostic difficile avec le simple polype muqueux et le myxo-sarcome au début. Pour certains auteurs, Zuckerkandl entre autres, elle aboutirait souvent à l'hypertrophie polypoïde et engendrerait les polypes muqueux. D'autres au contraire, Chatellier¹, Barbier², Wyatt Wingrave, se contentent d'établir entre l'hypertrophie de la muqueuse et le polype muqueux un simple rapprochement. Les signes suivants peuvent cependant permettre de les différencier. Dans l'hypertrophie chronique de la pituitaire, l'oblitération des fosses nasales devient rarement aussi complète, la muqueuse qui la recouvre est plus rouge et plus vascularisée et son contour se continue directement avec les parties avoisinantes, enfin les lésions sont souvent exactement symétriques.

Malgré les difficultés du diagnostic entre le myxo-sarcome naissant et le myxome nasal, certains signes peuvent faire suspecter ce dernier et mettre en éveil contre une dégénérescence myxo-sarcomateuse : c'est la transformation polypoïde de la muqueuse, sur une plus grande étendue, permettant à un plus grand nombre de polypes de pousser à la fois, c'est la récurrence rapide suivant de très près la dernière tentative d'extirpation, c'est l'insertion un peu partout des polypes myxo-sarcomateux, leur marche plus rapide en moins de temps, leur tendance à saigner,

¹ Chatellier, Société de biologie, 21 janvier 1888.

² Barbier, thèse de Lyon, 1887.

l'âge des malades. En présence de ces symptômes un peu anormaux, il ne serait pas inutile de faire un examen microscopique d'une parcelle de la tumeur : la présence d'éléments jeunes en certaine quantité, prouverait que les doutes sont bien justifiés. Quand le néoplasme a acquis un certain développement, il n'y a plus à hésiter ; mais nous avons suffisamment insisté sur les signes différentiels qu'il présente à cette période pour ne pas y revenir.

Ce que nous venons de dire à l'occasion du polype muqueux simple s'adresse jusqu'à un certain point au fibrome myxomateux, si tant est que nous devons faire de ces deux néoplasmes deux types distincts. Il existe en effet une tendance à rapprocher le myxome pur du fibromyxome, ou plutôt à faire de tous les polypes muqueux nasaux des fibromes myxomateux (Ricardo Botey, Chevalier). Si nous admettons encore leur séparation, nous dirons que le fibro-myxome siège aux confins des fosses nasales proprement dites et du pharynx, et que sa consistance est plus ferme que celle du myxo-sarcome.

Les polypes fibreux naso-pharyngiens sont des tumeurs ordinairement uniques, implantées nettement en arrière des fosses nasales, des tumeurs à base large, vasculaires, saignant beaucoup, spontanément et au toucher, de consistance dure, et envoyant un peu partout de nombreux prolongements. De plus, ces polypes se rencontrent presque exclusivement dans le sexe masculin, et de quinze à vingt-deux ans ; on n'en verrait plus après trente ans ; le myxo-sarcome, au contraire, paraît se développer à l'âge des cancers.

Jusqu'ici, nous nous sommes occupés seulement du diagnostic entre le myxo-sarcome et un certain nombre de

tumeurs de nature bénigne. Il importe également de le différencier nettement du groupe des tumeurs malignes. Si ces caractères physiques, par leur aspect franchement myxomateux rappellent assez exactement le polype muqueux, les symptômes d'envahissement et les phénomènes de compression qu'il détermine fréquemment peuvent faire craindre également de tomber dans l'écueil opposé; c'est en effet la première idée qui nous vient à l'esprit, celle de tumeur franchement maligne quand on voit de prime abord le myxo-sarcome, et à un examen superficiel et rapide. Il y a bien loin de là cependant, tandis que les tumeurs sarcomateuses et épithéliomateuses, primitives ou dégénérées, emportent les malades en quelques mois, ceux qui sont porteurs de tumeurs myxo-sarcomateuses ont été revus plusieurs années après le début de leur affection, avec un état plutôt stationnaire, parfois même amélioré.

Le sarcome des fosses nasales se montre à peu près à tous les âges : chez les personnes jeunes, il est primitif; chez celles qui ont atteint l'âge des cancers, il est plutôt secondaire et a son point de départ dans un polype muqueux qui a subi la dégénérescence sarcomateuse. Il est parfois difficile de le reconnaître au début, parce qu'on n'y pense pas, eu égard à sa rareté à côté de la fréquence du polype muqueux. L'insertion d'une tumeur sessile sur la cloison ou au niveau de la voûte des fosses nasales doit toujours éveiller l'attention et le doute. Quand c'est un polype muqueux qui se transforme, ce sont les récidives rapides, les tendances aux hémorragies, la marche de la tumeur, qui mettent sur la voie. La tumeur, arrivée à un certain état de développement, ne laisse plus de doute.

Dans tous les cas, le sarcome est une tumeur peu pédiculée, peu mobile sous la poussée du stylet, de coloration rosée, saignant abondamment souvent sans cause ou après le moindre traumatisme, qui s'ulcère facilement et s'accompagne de sécrétions nasales parfois abondantes et purulentes, toujours très fétides ; sa marche est rapide et envahissante ; non seulement il repousse les organes voisins et les déforme, mais il les envahit encore, contracte des adhérences avec eux et les infiltre. Dans l'orbite il ne déplace pas seulement l'œil comme le myxo-sarcome, il l'attaque et compromet rapidement la vision par fonte du globe oculaire ; il gagne aussi les sinus voisins, frontaux et sphénoïdaux, et par leur intermédiaire, pénètre parfois dans la cavité crânienne. Il provoque de vives névralgies, des céphalées continuelles, qui rendent aux malades l'existence des plus pénibles. A un certain moment, les ganglions sont pris et des adénopathies se déclarent. Cette malignité n'est pas seulement locale, le sarcome infecte aussi l'organisme tout entier, qui dépérit et se cachectise et hâte ainsi la délivrance du malade.

L'épithélioma ne diffère pas beaucoup du sarcome. Le plus souvent d'ailleurs, les auteurs les englobent dans une même description. Toutefois, l'épithélioma des fosses nasales ne se voit jamais chez les jeunes sujets, l'épithélioma primitif des personnes âgées est très rare, contesté même. Les cas que l'on décrivait autrefois devaient appartenir probablement à des polypes muqueux ayant subi non plus la dégénérescence sarcomateuse, mais la dégénérescence épithéliomateuse (Schiffers). L'épithélioma s'ulcère plus vite que le sarcome, et envahit de meilleure heure les ganglions ; le sarcome a surtout une malignité

locale ; dans l'épithélioma, l'organisme éprouve plus tôt le contre-coup de l'infection cancéreuse et la cachexie serait plus hâtive.

Enfin, il est des cas mixtes, où les polypes muqueux subissent à la fois la dégénérescence sarcomateuse et épithéliomateuse ; la distinction que nous venons d'établir n'est plus permise, mais elle n'en persiste pas moins évidente avec le myxo-sarcome.

CHAPITRE V

Pronostic.

Le pronostic du myxo-sarcome, sans avoir la gravité de celui du sarcome, doit être néanmoins réservé ; car, s'il ne met pas la vie en danger, il peut néanmoins la rendre très pénible par ses récidives et les complications qu'il détermine, surtout du côté de l'orbite, quand sa marche n'a pas été enrayée.

Et d'abord, localement, son pronostic est beaucoup plus sombre que celui du polype muqueux simple : ce dernier en effet, après une tentative d'extirpation, ne récidive parfois qu'à longue échéance, et, pendant ce temps, il accorde aux malades une tranquillité qui équivaut à la guérison. Il n'en est pas de même du myxo-sarcome, qui n'accorde presque pas de répit ; en moins de deux mois, il se produit une repullulation qui marche activement et remet en scène, tout le cortège des symptômes que nous avons énumérés, coryza, épistaxis, troubles de l'ouïe, de l'odorat et du goût, abolition de la respiration nasale, asthme et complications pulmonaires.

Puis surviennent les phénomènes de compression, les

déformations du nez, l'envahissement orbitaire et le refoulement de l'œil, qui détruisent la régularité et la symétrie des traits et troublent profondément l'esthétique faciale, si bien que les malheureux, atteints de cette affection, en arrivent à ne plus oser se montrer et à être obligés de dissimuler leur infirmité sous un pansement.

Indirectement, le myxo-sarcome pourra amener la perte de la vision, par compression du nerf optique, à sa sortie du crâne, et névrite rétro-bulbaire progressive; d'autres fois, c'est sur le nerf ophtalmique et les vaisseaux que porte la compression, et soit par compression directe, soit par phénomènes réflexes, des troubles trophiques apparaissent, la cornée se ride, la tension oculaire baisse, des staphylomes se produisent. Nous avons observé un cas très net de névralgie partielle du trujumeau, intéressant la branche ophtalmique et occasionnant des crises douloureuses fréquentes et très violentes.

Sans doute, dans beaucoup de cas, ces complications ultimes pourraient être conjurées, mais au prix d'une opération sérieuse, qui effraie les malades et les font temporiser; d'autres fois, il s'agit de gens de la campagne, non habitués à une récurrence aussi prompte, qui ne s'aperçoivent pas des progrès du néoplasme ou les apprécient mal et attendent. Et encore, il ne faut pas trop escompter les bénéfices d'une opération sérieuse et hâtive; pour arrêter les récurrences, il faudrait modifier ou détruire toute la muqueuse pituitaire qui est devenue un terrain fertile à pousser sans cesse de nouvelles productions myxo-sarcomateuses. Cette ténacité à récidiver est vraiment désespérante, les troubles et les complications qu'il détermine font certainement du myxo-sarcome une tumeur grave,

CHAPITRE VI

Traitement.

Le traitement du myxo-sarcome est exclusivement chirurgical, et il est à la fois du ressort du chirurgien et du spécialiste, suivant le degré de développement auquel il est arrivé.

Quand le myxo-sarcome a atteint les proportions que nous lui avons décrites, quand il a comblé une cavité toute entière des fosses nasales et a gagné la région orbitaire, il est alors de la compétence du chirurgien. C'est une intervention sanglante seule, pratiquée sous anesthésie, et ouvrant une large voie de pénétration dans la fosse nasale, qui peut permettre de débarrasser complètement cette dernière. Cette cavité naturellement profonde, anfractueuse et irrégulière, sans compter les accidents de terrain qu'à pu créer le néoplasme, n'est pas suffisamment accessible par la narine ou le pharynx pour en permettre un nettoyage complet et tel qu'il est exigé dans ces conditions. Le grattage seul avec le doigt et la curette, portée directement

au lieu d'implantation des masses polypeuses, sont nécessaires pour rétablir la perméabilité des voies nasales. Pour arriver à ces résultats, les méthodes d'intervention sont variables : d'aucuns conseillent de pratiquer dans la région du nez une large incision externe, ouvrant déjà un accès assez vaste aux doigts et aux instruments du chirurgien.

On se trouvera bien de l'opération préconisée par M. Ollier, dans les cas de fibromes naso-pharyngiens, l'ostéotomie bilatérale verticale avec abaissement du nez; elle donnera beaucoup de jour et facilitera très bien le nettoyage dont nous avons parlé. Les inconvénients de cette méthode sont une hémorragie parfois abondante et une cicatrice peu visible et assez bien dissimulée dans les sillons naso-géniens; ils sont en somme minimes et largement compensés par les bénéfices qu'elle procure en permettant de débarrasser les malades aussi radicalement qu'il soit possible de le faire. Bref, les deux opérations faites par M. Rollet, d'après cette méthode préliminaire, ont donné des résultats très satisfaisants : le nettoyage a été complet, il n'a pas été nécessaire de continuer l'incision jusque dans l'orbite pour en extraire les prolongements, et quant aux suites opératoires, elles sont à peu près nulles : cicatrice bien dissimulée, pas d'écrasement du nez.

Toute opération, aussi radicale qu'elle soit, ne saurait mettre à l'abri des récidives. Il faut alors surveiller la réapparition des polypes myxo-sarcomateux et les arrêter dans leur marche, par les méthodes ordinaires dont disposent les spécialistes contre le myxome simple : l'arrachement des polypes, ou la section de leur pédicule au moyen d'appareils désignés sous le nom de polypotomes ou serre-

noeuds. Nous ne décrivons pas ces instruments ni la technique opératoire qu'ils exigent ; on trouvera ceci partout bien exposé dans les traités classiques et spéciaux ; nous indiquerons seulement à quelle méthode il convient de donner la préférence. L'arrachement, pratiqué au moyen de pinces à polypes ou tout simplement de pinces hémostatiques ordinaires, expose aux hémorragies et est très douloureux par l'élongation des filets nerveux qu'il détermine. La section du pédicule par le serre-nœud et l'anse froide n'a pas ce dernier inconvénient, mais elle expose aussi aux hémorragies ; et nous savons que le myxo-sarcome saigne beaucoup plus que le polype nasal. Un seul procédé met à l'abri de cet accident, c'est la section des polypes avec un polypotome sur lequel est montée une anse galvano-caustique. Malheureusement cet appareil est coûteux et n'est pas à la portée de tous les praticiens ; à son défaut, il faudra recourir à l'une des méthodes précédentes, et faire l'extirpation en plusieurs séances s'il est nécessaire.

Dans tous les cas, ne pas oublier que les interventions incomplètes, les demi-mesures, sont souvent plus nuisibles qu'utiles, parce qu'elles donnent le coup de fouet au myxo-sarcome et accélèrent sa marche. Il faudra donc toujours intervenir le moins souvent possible et en même temps le plus radicalement qu'on pourra, et pour cela ne pas craindre de recourir à un mode d'intervention plus sérieuse, si les circonstances l'exigent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Tumeur myxo-sarcomateuse des fosses nasales et de l'orbite droit.

R... Louise, quarante-huit ans, cultivatrice, entrée le 8 novembre 1894, salle Sainte-Anne, clinique de M. le professeur Poncet, M. Rollet agrégé, suppléant.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Personnellement, elle est sujette à de fréquents accès de migraine depuis l'âge de vingt ans.

Début de l'affection actuelle, il y a cinq ans, par des troubles oculaires; conjonctivite et apparition d'une tumeur au niveau de l'angle interne de l'œil. Jusqu'à cette époque, rien d'anormal du côté des fosses nasales.

Après un an d'un état stationnaire: augmentation insensible de volume de la tumeur orbitaire, épiphora léger et intermittent; puis propulsion du globe de l'œil en avant et latéralement, sans douleurs oculaires ni troubles de la vue.

Vers la même époque (un an après le début), commencement des troubles du côté du nez, par de la gêne progressive de la respiration nasale. La malade s'examine et aperçoit sur la paroi externe de la fosse nasale droite, à 2 centimètres environ de l'orifice de la narine, une sorte de petit bouton blanc rosé. Elle consulte un médecin, qui lui arrache un polype.

Amélioration pendant quelque temps. Puis réapparition des phénomènes qui se sont accentués de plus en plus : masses charnues obstruent complètement la narine ; respiration nasale devient impossible ; augmentation de volume et déformation du nez ; épistaxis antérieures assez abondantes et répétées ; évolution de la tumeur de l'angle interne de l'œil ; crises violentes d'asthme nasal s'établissent et deviennent fréquentes surtout la nuit ; palpitations de cœur.

A l'entrée à l'hôpital. — L'attention est vivement attirée par le facies particulier de la malade : nez gros, déformé ; bouche ouverte, respiration buccale ; aspect hébété ; regard fixe, inquiet ; exophtalmie prononcée avec déviation latérale du globe oculaire : au facies polypeux s'ajoute la malformation connue sous le nom de face de grenouille.

A l'examen. — Dos du nez élargi, atteignant bien 1 centimètre et demi de largeur, offrant au milieu un sillon longitudinal qui sépare les os propres du nez ; au niveau de ce sillon, peau soulevée, tendue, paraissant recouvrir des masses pâteuses, molles ; os propre du nez du côté atteint est soulevé, séparé des os voisins et jouit d'une certaine mobilité ; orifice antérieur de la narine, très élargi, ovalaire, à grosse extrémité externe, et bouché complètement par trois masses gris rosé.

L'exploration avec une sonde molle ne donne presque pas de renseignements ; on est arrêté par l'hémorragie qu'elle provoque.

Le toucher postérieur, mal supporté par la malade, indique que les productions polypeuses se prolongent jusque dans le pharynx nasal.

L'obstruction de la fosse nasale droite est complète au passage de l'air.

Les sécrétions sont médiocres, et de temps à autre paraissent constituées en partie par le liquide lacrymal.

Du côté de l'orbite : œil projeté en avant d'environ 3 centimètres au moins et très nettement dévié latéralement ; pas de douleurs à ce niveau, ni de troubles visuels ; tumeur de l'angle interne empiète un peu sur le dos du nez et dans la région sourcilière, et gagne la paupière supérieure, qui est prolabée sur le globe de l'œil et voile en partie la cornée ; conjonctive rouge, injectée ; points lacrymaux grossis et congestionnés ; paupières oedématisées ; gonflement péri-orbitaire très accusé ; épiphora léger et intermittent.

La tumeur orbitaire est de la grosseur d'une petite noix, à large base ; la peau qui la recouvre est mobile sur elle, amincie cependant à cause de la distension et sillonnée par de petites veines dilatées. La pression n'est pas douloureuse et révèle une consistance molle avec fausse fluctuation.

Rien aux poumons. Cœur normal.

Santé générale très bonne, pas trace d'amaigrissement ni de cachexie.

12 novembre. — Opération par M. Rollet.

Anesthésie au chloroforme. Ostéotomie verticale bilatérale et abaissement du nez. Les fosses nasales sont remplies de masses d'un blanc rosé, tremblotantes comme de la gelée. On les retire assez facilement et elles sont suivies par les prolongements pharyngien et orbitaire qui sont extirpés sans intervention spéciale ; raclage à la curette ; hémorragie très sérieuse, arrêtée par un tamponnement soigneux.

14 novembre. — On refait le tamponnement et on observe des troubles trophiques du côté de l'œil droit ; cornée s'opacifie, desquame un peu ; vue s'affaiblit.

20 novembre. — La plaie est réunie par première intention. Il s'écoule un peu de pus par la narine droite. Œil s'atrophie toujours, sans réaction inflammatoire, sans douleur aucune. La tumeur de l'angle interne de l'œil s'est reformée : on propose une nouvelle intervention.

24 novembre. — M. Curtillet, chef de clinique, fait une incision au niveau de la tumeur orbitaire ; puis de nouveau ostéoto-

mie verticale bilatérale : l'exploration de l'orbite et des fosses nasales montre que *la lésion a récidivé avec rapidité. On se contente de refermer et de suturer.*

5 décembre. — La malade quitte l'hôpital ; localement et apparemment, elle paraît très améliorée.

22 juin 1895. — La malade a été revue : la tumeur orbitaire est moins grosse que lors de la première intervention chirurgicale ; gonflement péri-orbitaire toujours très marqué ; l'œil propulsé en avant et en dehors imprime très nettement au facies de la malade l'aspect de face de grenouille ; staphylome cornéen avec enclavement de l'iris ; cependant la perte de la vision n'est pas totale, à travers une petite portion de la cornée restée transparente, la malade peut encore distinguer les objets, compter les doigts ; névralgie de la branche ophtalmique du trijumeau avec accès paroxystiques, point de Valleix très net à l'émergence du nerf sus-orbitaire ; obstruction partielle de la fosse nasale droite, on ne voit pas de tumeur à l'œil nu ; les crises d'asthme sont revenues ; sécrétions nasales assez abondantes et purulentes.

Examen de la tumeur :

Examen macroscopique : tumeur de consistance molle, de surface rosée plus ou moins vascularisée, envoyant vers le pharynx un prolongement de forme arrondie et de coloration plus pâle.

Il s'écoule de certains points un liquide blanchâtre analogue à de l'albumine en voie de coagulation.

Pas de points suppurés.

Le volume est égal à celui d'une demi-mandarine avec un prolongement arrondi de la grosseur d'une noix.

Examen microscopique : les coupes qui ont porté perpendiculairement à la surface de la tumeur présentent à considérer les détails suivants :

C'est d'abord un revêtement muqueux étalé en festons et dessinant des cryptes très profondes, constitué par des cellules cylindriques stratifiées à cils vibratiles du type des cellules de revêtement normal des fosses nasales.

Une simple basale sépare ce revêtement du tissu néoplasique, dont l'aspect varie suivant les points considérés. On peut, en effet,

distinguer des portions enflammées et d'autres qui ne le sont pas :

Dans les premières (infection d'origine externe), on trouve les cellules muqueuses de revêtement altérées, en dégénérescence granuleuse, desquamées, infiltrées par des quantités de leucocytes qui pénètrent plus ou moins profondément dans les points sous-jacents.

Là au contraire où l'élément inflammatoire est hors de cause, on trouve immédiatement, sous les cellules de revêtement, du tissu myxoïde, à éléments peu condensés, avec des cellules étoilées à petits prolongements, et de vagues fibrilles conjonctives enserrant dans leur réseau des éléments embryonnaires assez nombreux.

En certains points, loin de tout foyer inflammatoire, ce tissu revêt les caractères du tissu adénoïde jeune : travées conjonctives grêles tapissées de cellules plates avec infiltration dense d'éléments embryonnaires ronds, leucocytiques.

Çà et là, d'énormes lacunes perforent le tissu : leur revêtement est constitué tantôt par une couche interne d'éléments plats un peu gonflés et augmentés de volume étalés sur trois ou quatre assises d'éléments plutôt ovalaires qu'allongés, à gros noyaux, tantôt par ces derniers éléments seuls dont les couches internes semblent se désagréger d'elles-mêmes à l'intérieur de la lacune. On peut y reconnaître quelques éléments musculaires lisses jeunes, mais surtout des éléments embryonnaires sans caractères différentiels d'origine.

Pas de vaisseaux adultes, à parois non altérés. Qu'on ait affaire en effet aux conduits lymphatiques ou sanguins, il y a toujours une prolifération plus ou moins active des éléments de la paroi.

OBSERVATION II (Inédite).

*Myxo-sarcome des fosses nasales ayant envahi
la cavité orbitaire.*

D... Claude, cultivateur, soixante ans, entré le 26 avril 1895,

salle Saint-Philippe, clinique de M. le professeur Poncet, M. Rollet agrégé, suppléant.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'intérêt.

Début de l'affection il y a six ans, par l'apparition, dans la narine droite, d'une petite tumeur, qui ne s'est pas accompagnée de troubles fonctionnels bien notables. A la même époque, première extirpation opérée par M. Chandelux avec des pinces.

Un an et demi après, récurrence : deuxième tentative d'extirpation. Il y a six mois, nouvelle récurrence : troisième intervention semblable aux précédentes.

Deux ans après, quatrième récurrence, mais cette fois avec des caractères différents : les phénomènes d'obstruction des fosses nasales deviennent rapidement intenses, asthme nasal assez prononcé, tendance aux épistaxis, déformation du nez, envahissement orbitaire.

Le malade entre à l'hôpital : nez très déformé et augmenté de volume ; os propre du nez du côté droit, soulevé, mobile, séparé des os voisins avec lesquels il s'articule ; orifice antérieur de la narine droite, agrandi, élargi dans le sens transversal et rempli par des masses néoplasiques lobulées et d'aspect nettement myxomateux ; exploration avec une sonde ou avec le stylet, difficile, parce qu'elle provoque quelques hémorragies, et à cause de la quantité des productions polypeuses, qui paraissent combler toute la cavité de la fosse nasale droite, et se prolongent jusque dans le pharynx supérieur où on les sent par le toucher pharyngien.

L'obstruction de la fosse nasale droite, d'ailleurs, est à peu près complète au passage de l'air, partielle pour le côté gauche indemne de tumeur, mais rétréci par déviation de la cloison.

Sécrétions nasales médiocres, sans caractères bien particuliers.

Du côté de la cavité orbitaire : tuméfaction située dans le grand angle de l'œil, à la racine du nez, de la grosseur d'une noisette coupée par le milieu, saillante et arrondie, à base large, rénitente au toucher ; épiphora léger ; gonflement péri-orbitaire très accusé, en forme de croissant et occupant la paupière inférieure ; conjonctive rouge, injectée : œil propulsé en avant d'1 centimètre environ et dévié légèrement en dehors.

A part quelques éblouissements légers et rares, il n'existe aucun autre trouble fonctionnel oculaire : vision binoculaire conservée, à peu près normale, pas de diplopie.

$$\text{O D} \quad V = \frac{1}{4}$$

$$\text{O G} \quad V = \frac{2}{3}$$

Presbyopie :

$$\text{O D} \quad + 3 \text{ dioptries}$$

$$\text{O G} \quad + 4 \quad -$$

Rien à l'examen ophtalmoscopique.

Acuité auditive normale.

Le malade ne souffre pas. Il jouit d'une constitution robuste et son état général est parfaitement conservé.

Le 29 avril, opération.

Après anesthésie générale à l'éther, M. Rollet pratique l'ostéotomie bilatérale verticale et l'abaissement du nez : Ablation des productions polypeuses, qui ont des points d'insertion multiples, à l'aide de la curette et des ciseaux; les prolongements pharyngien et orbitaire viennent facilement. Hémorragie assez abondante nécessitant une intervention active et un tamponnement soigneux.

Le 11 mai, le malade quitte l'hôpital, en apparence très amélioré; réunion parfaite de la plaie opératoire, qui ne laisse presque pas de traces; les déformations du nez et de l'œil, en particulier ces dernières, sont très atténuées, mais non totalement effacées.

Le 22 juin, le malade a été revu; la tumeur et les complications orbitaires n'ont pas reparu; cependant quelques polypes ont repoussé dans la fosse nasale; M. Rollet les enlève à l'aide de la pince à polypes et sans anesthésie.

Examen anatomo-pathologique.

L'ensemble de la tumeur représentait un amas bourgeonnant, rosé, à revêtement grisâtre muqueux dans les points suppurés;

pas d'ulcérations; consistance et aspect de la chair d'huitre. (Fragments durcis dans l'alcool et colorés au picro-carmin et à l'hématoxyline.)

Examen microscopique : les divers fragments sur lesquels ont porté les coupes proviennent des points de la tumeur implantés dans le cavum. Aussi le revêtement muqueux qui persiste dans toute sa continuité est-il du type buccal ectodermique avec des festons et des élévations comparables à de fausses papilles. Immédiatement sous le revêtement muqueux et sans interposition d'aucune couche cellulaire spéciale, se trouve le tissu néoplasique constitué par de longs éléments fondamentaux peu denses et peu ramifiés avec des fibrilles très ténues dans leurs interstices.

Disséminées sur ce fond, on voit des cellules jeunes, rondes, à gros noyaux fortement colorés, de dimensions un peu variables, mais en général petites, disposées sans ordre et sans rapports spéciaux avec les vaisseaux dont les tuniques ne présentent pas de lésions inflammatoires.

Pourtant les cellules de la tunique interne, de même que l'endothélium des lacunes lymphatiques, sont très volumineuses, gonflées, faisant saillie dans la lumière du conduit; et on dirait que plusieurs de ces gros éléments en voie de multiplication envahissent les portions voisines du tissu fondamental de la tumeur.

OBSERVATION III

(Présentée par M. W. Milligan, à la Société britannique de laryngologie et rhinologie, le 9 décembre 1892).

Miss S..., quarante-cinq ans, vint en consultation en juillet dernier pour une obstruction de la narine gauche avec perte totale de l'odorat.

Vingt ans auparavant on lui avait enlevé un polype de la narine gauche, puis on avait largement cautérisé la base de la tumeur. Il y a sept ans environ, nouvelle obstruction partielle de

lanarine et sécrétion abondante. Un polype fut de nouveau extirpé, mais cette fois d'une façon très brutale. Grave hémorragie ; pas de traitement consécutif.

Il y a trois ans, troubles utérins calmés par l'excision d'un polype de l'utérus. Au commencement de mars dernier, nouvelle obstruction de la narine gauche et gonflement de la paupière inférieure gauche. Ecoulement abondant du nez, souvent fétide ; de temps à autre, légères hémorragies spontanées. Douleur pongitive dans la région intra-orbitaire gauche. De mars à juillet, légère aggravation de tous les symptômes. Rien à noter dans la famille.

Etat présent : paupière inférieure gauche fortement tuméfiée. Léger épiphora. La fosse nasale gauche est formée partiellement par une masse d'apparence polypeuse. La tumeur part de la muqueuse recouvrant le cornet moyen et s'étend en arrière presque jusqu'à l'extrémité postérieure de la fosse nasale et latéralement vers l'antre maxillaire. La lampe électrique de Voltolini placée dans la bouche montre la région de l'antre opaque du côté affecté.

Les symptômes faisant soupçonner que la tumeur est de nature maligne, une petite portion est enlevée avec le serre-nœud froid pour être examinée sous le microscope. Il en résulte une très grave hémorragie qui est arrêtée par le galvanocautère, après avoir essayé le tamponnement et le perchlorure de fer.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un myxosarcome très vasculaire et une opération radicale fut décidée. Le 2 août la patiente fut endormie par le chloroforme, la fosse nasale gauche largement ouverte par une incision externe et la tumeur enlevée à l'aide de curettes et de ciseaux. L'antre maxillaire fut aussi ouvert et sa muqueuse également affectée fut soumise au curetage le plus minutieux. Grave hémorragie, pouls presque nul. On dut avoir recours aux injections rectales d'eau-de-vie et aux injections hypodermiques d'éther. Les parties furent largement douchées avec de l'eau tiède, puis badigeonnées avec la solution de Whitehead. Rétablissement rapide ; depuis l'opération la patiente se porte très bien.

L'opérateur pense qu'il s'agit ici très probablement d'un cas de polype nasal ayant subi une dégénérescence maligne ; il signale comme point intéressant à élucider celui de savoir si cette dégénérescence est le résultat de l'intervention opératoire ou d'une tendance inhérente à la tumeur elle-même.

Relativement au traitement, il regarde l'opération comme indiquée si l'on peut espérer enlever toute la tumeur. L'excision des parties de la tumeur ne peut qu'accélérer son développement.

M. Wyatt Wingrave, qui a examiné les préparations, fait remarquer que le diagnostic différentiel entre un polype et un myxo-sarcome a toujours été très difficile. La tumeur était constituée par des fibres du tissu conjonctif, avec de larges espaces remplis d'une substance mucoïde, dans laquelle se trouvaient logées de grandes cellules, telles qu'on en rencontre dans beaucoup d'autres cas. Le seul indice en faveur du sarcome était la grande uniformité de volume de cellules.

CONCLUSIONS

I. *a)* Il existe un mode particulier de dégénérescence des polypes muqueux des fosses nasales, caractérisé localement par une repullulation rapide, une certaine tendance aux hémorragies et surtout, un développement intensif, conduisant assez vite à une obstruction complète des fosses nasales, avec déformations très apparentes du nez.

b) Le néoplasme a de la tendance à gagner la cavité orbitaire, où il produit des troubles variés, en particulier de l'exophtalmie en dehors, d'où une malformation particulière du visage, un facies de grenouille.

c) La vue n'est généralement pas compromise, la vision binoculaire même est conservée ; mais indirectement par compression ou phénomènes réflexes, des phénomènes graves seront la conséquence d'une névrite optique ou de troubles trophiques.

d) Par ses caractères physiques, le néoplasme rappelle de tous points le myxome simple ; par sa marche, il se rapproche des tumeurs malignes ; mais contrairement à ces dernières, il n'envahit pas les tissus voisins, ne les infiltre pas, ne contracte pas d'adhérences avec eux, il les repousse seulement. D'autre part, il respecte les ganglions et l'état général.

C'est une tumeur mixte au point de vue clinique.

II. L'anatomie pathologique vient corroborer les données de la clinique et établir que ces polypes dégénérés sont des tumeurs de nature myxo-sarcomateuse.

III. Le myxo-sarcome est compatible avec la conservation d'un état général parfait ; mais il doit être d'un pronostic réservé de par les complications oculaires qu'il peut déterminer.

IV. Il faut être sobre de demi-mesures, mais enlever radicalement toutes les tumeurs chaque fois qu'on intervient ; pour cela, ne pas craindre de recourir à une opération sanglante sérieuse, quand les méthodes ordinaires de traitement des polypes paraîtront insuffisantes pour détruire complètement toutes les productions néoplasiques.

Ces conclusions ne sont basées que sur trois observations, dont deux inédites ; mais elles ont été recueillies avec beaucoup de soins et sont appuyées sur l'examen microscopique. Si le myxo-sarcome paraît être aussi rare, c'est que trop souvent l'anatomie pathologique des cas sem-

blables a été négligée, et que les auteurs qui les ont observés les ont pris pour des tumeurs bénignes (myxomes), ou des tumeurs malignes (sarcomes). Le pronostic en est cependant bien différent, aussi important-il de ne pas méconnaître le myxo-sarcome et d'en faire le diagnostic.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer :
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE.

Vu, bon et permis d'imprimer :
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

